食と生活を支える在宅ケア

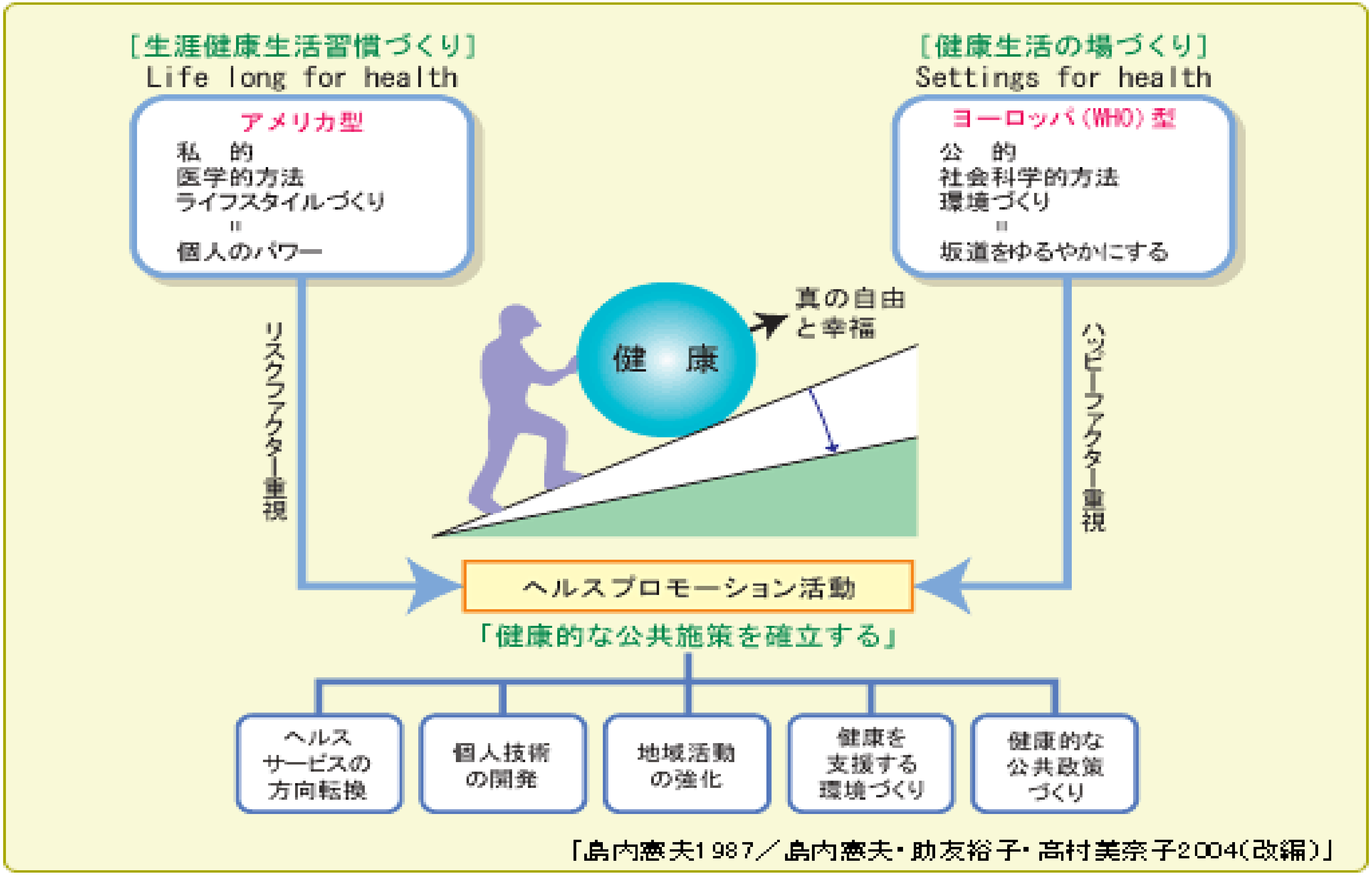
−在宅療養を支える基盤づくり−

最期まで、自分らしく

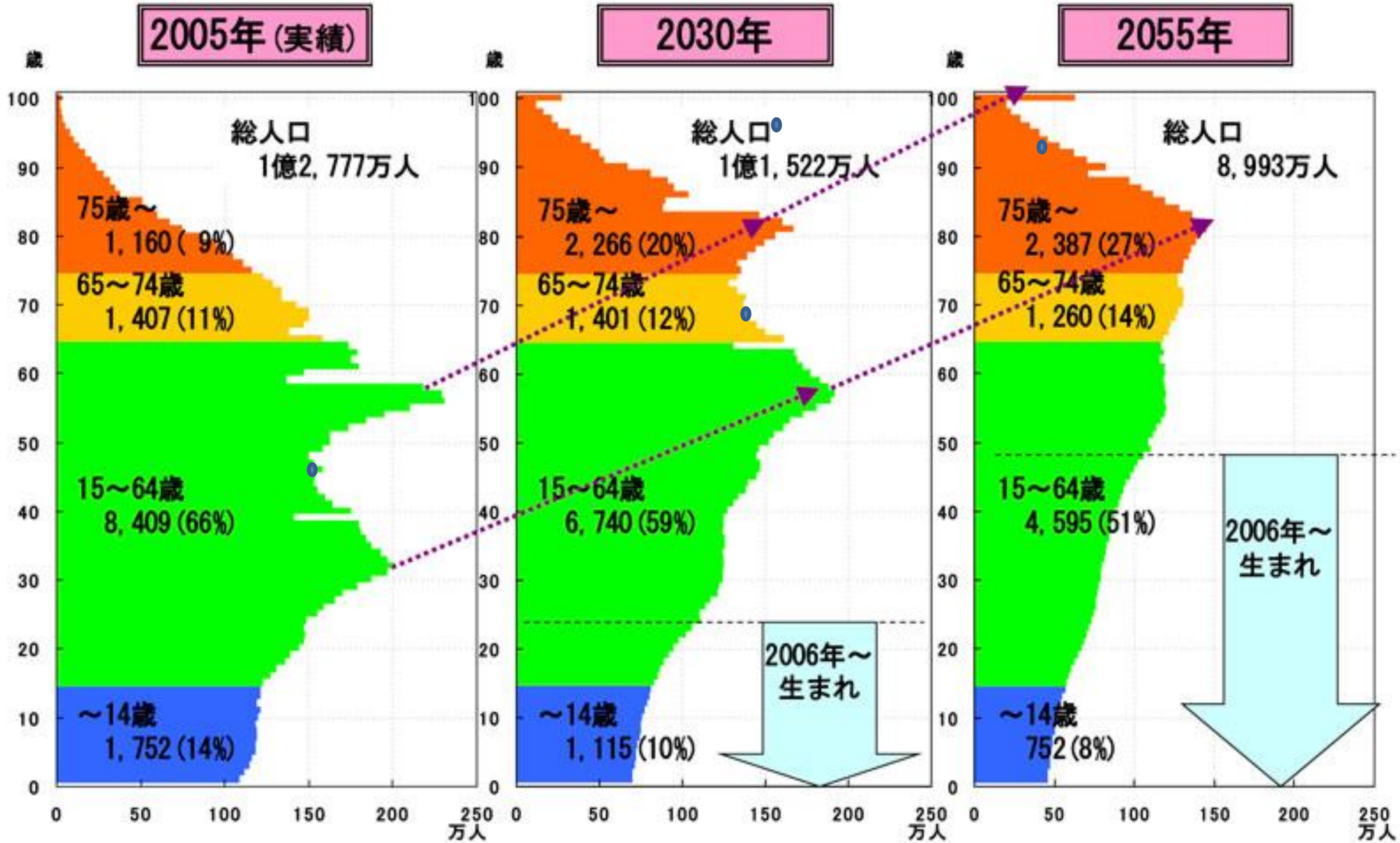
福岡県立大学　看護学部
ヘルスプロモーション看護学系
尾形由起子

ヘルスプロモーションとは

人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセス

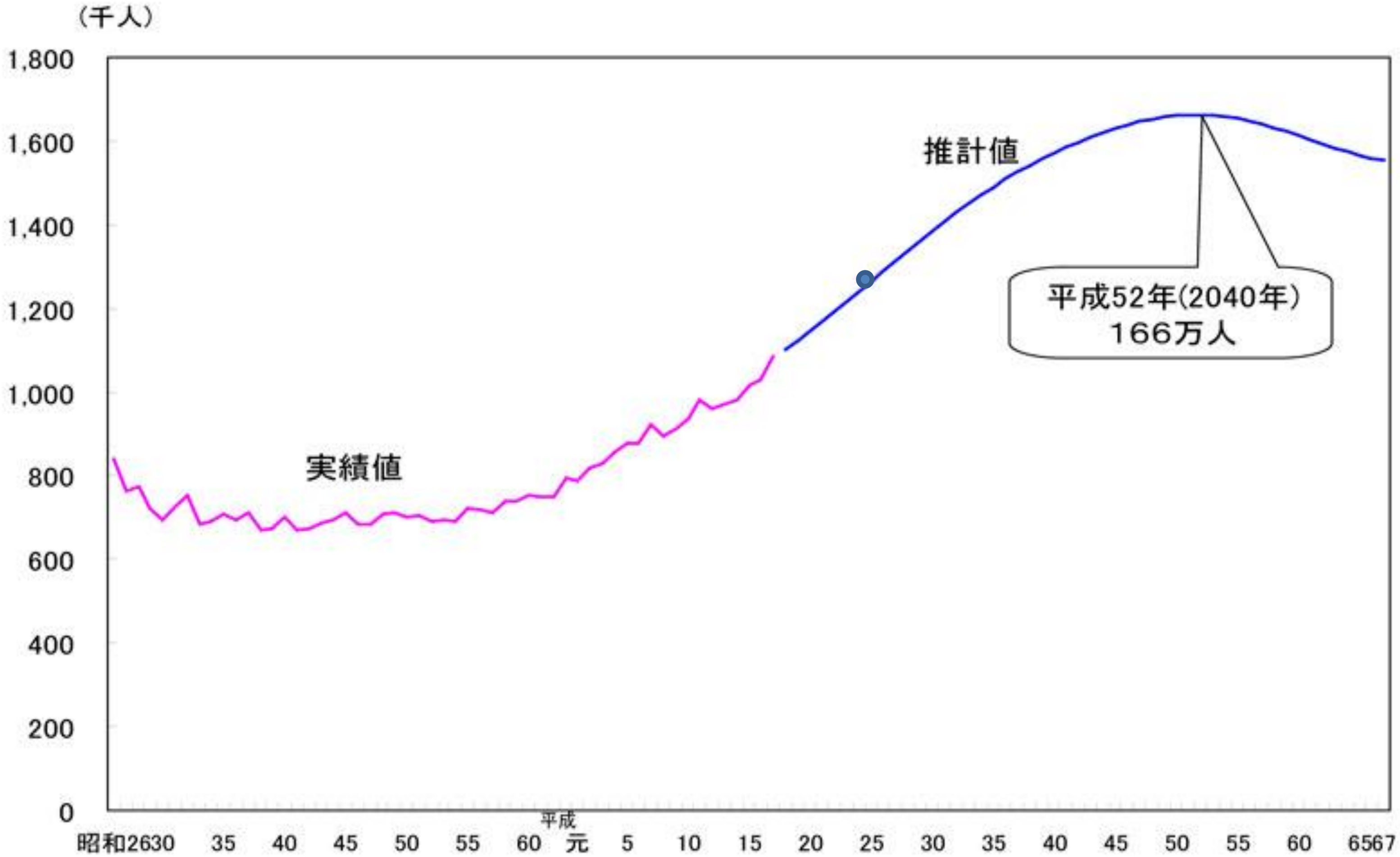


人口ピラミッドの変化（2005, 2030, 2055） -平成18年中位推計-



注：2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

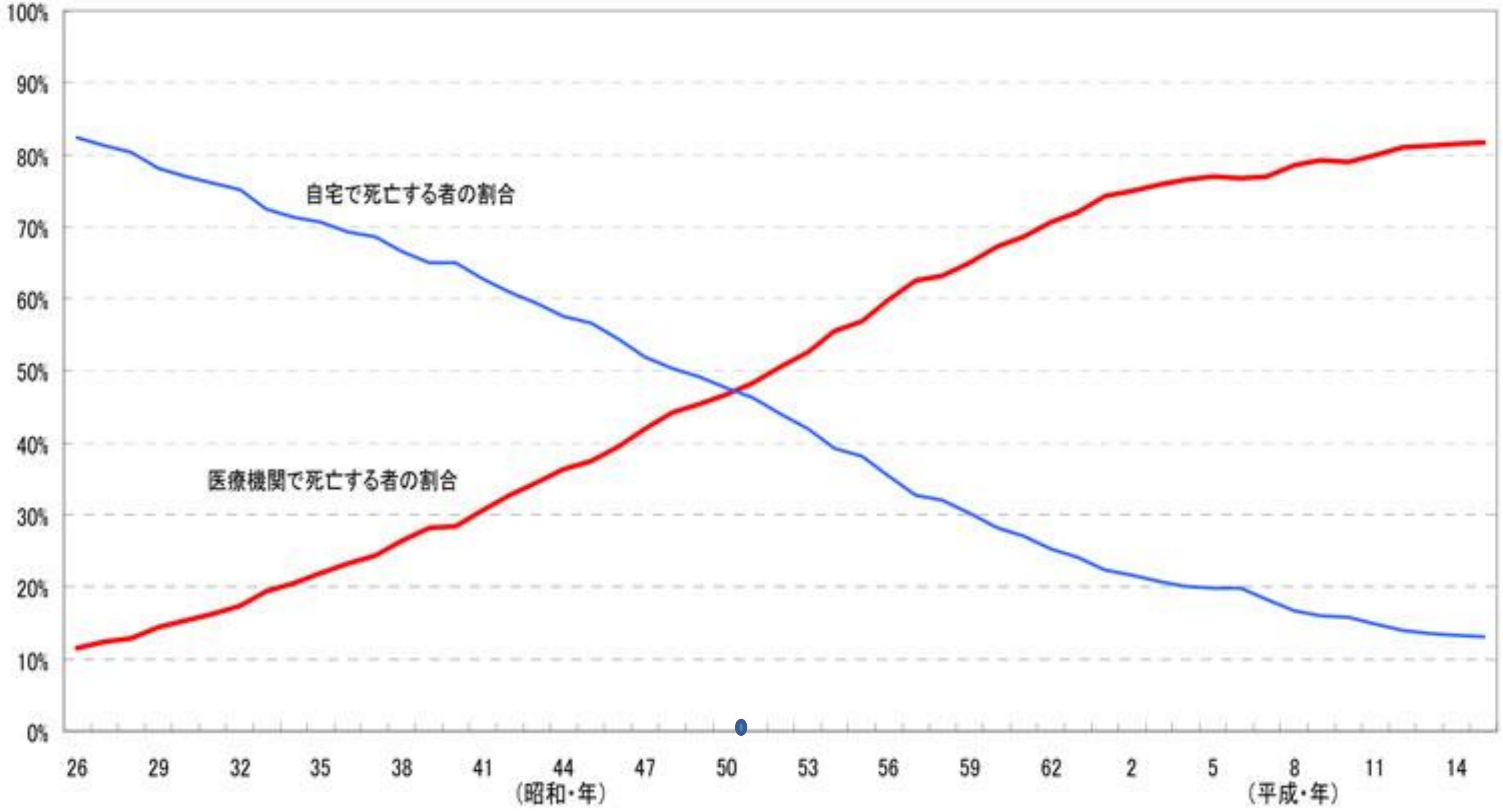
死亡数の年次推移



資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

医療機関における死亡割合の年次推移

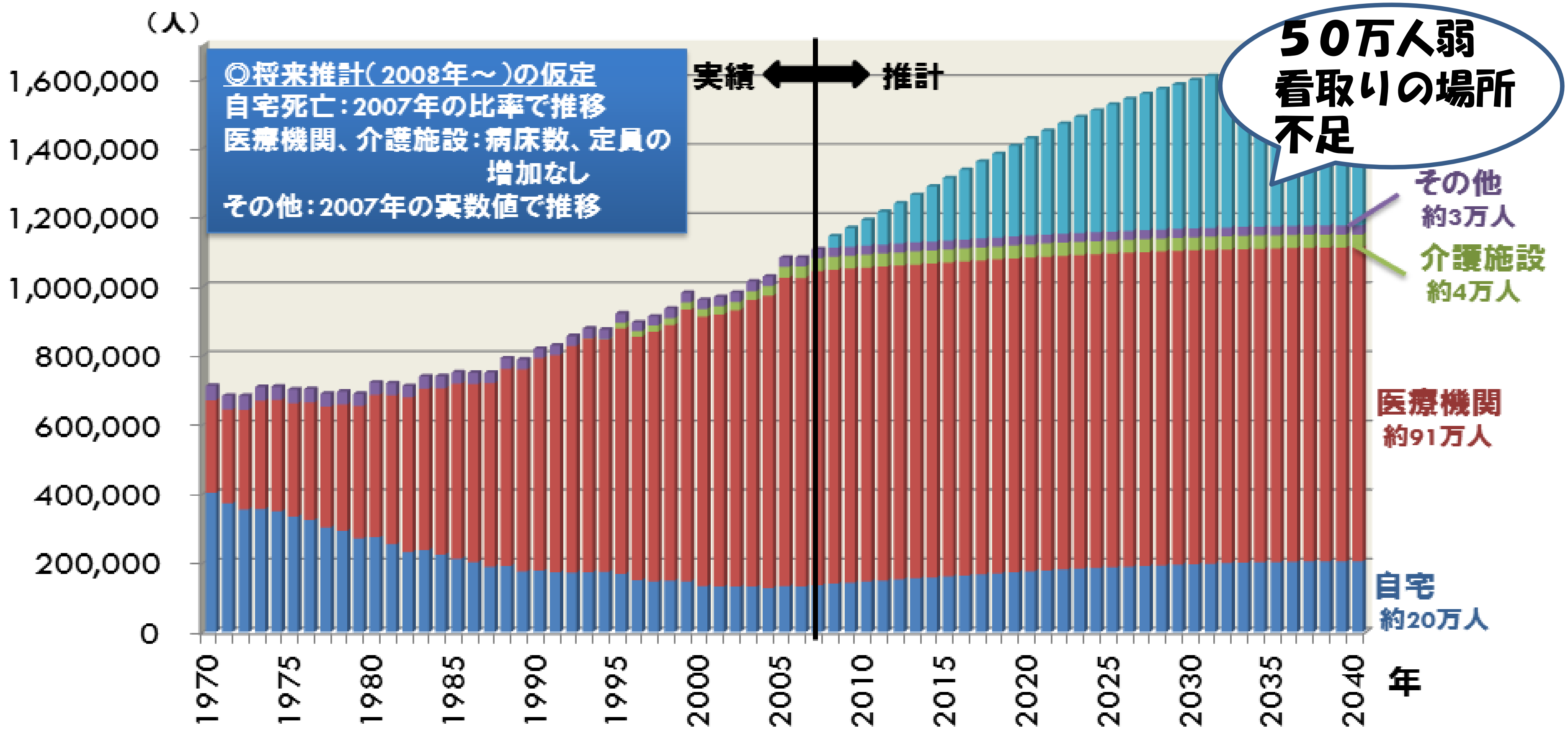
・ 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

看取りの場所の推移

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



（出所）2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

中央社会保険医療協議会「わが国の医療についての基本資料」

日本人はどこで療養し最期の時を迎えるか

年間１１４１８６５人亡くなる日本人のうち、

病院等	８０．８％	９２．３万人
老人ホーム等施設	６．８％	７．９万人
自宅	１２．４％	１４．２万人
		（２００９）

３０年後には１６０～１７０万人が亡くなる

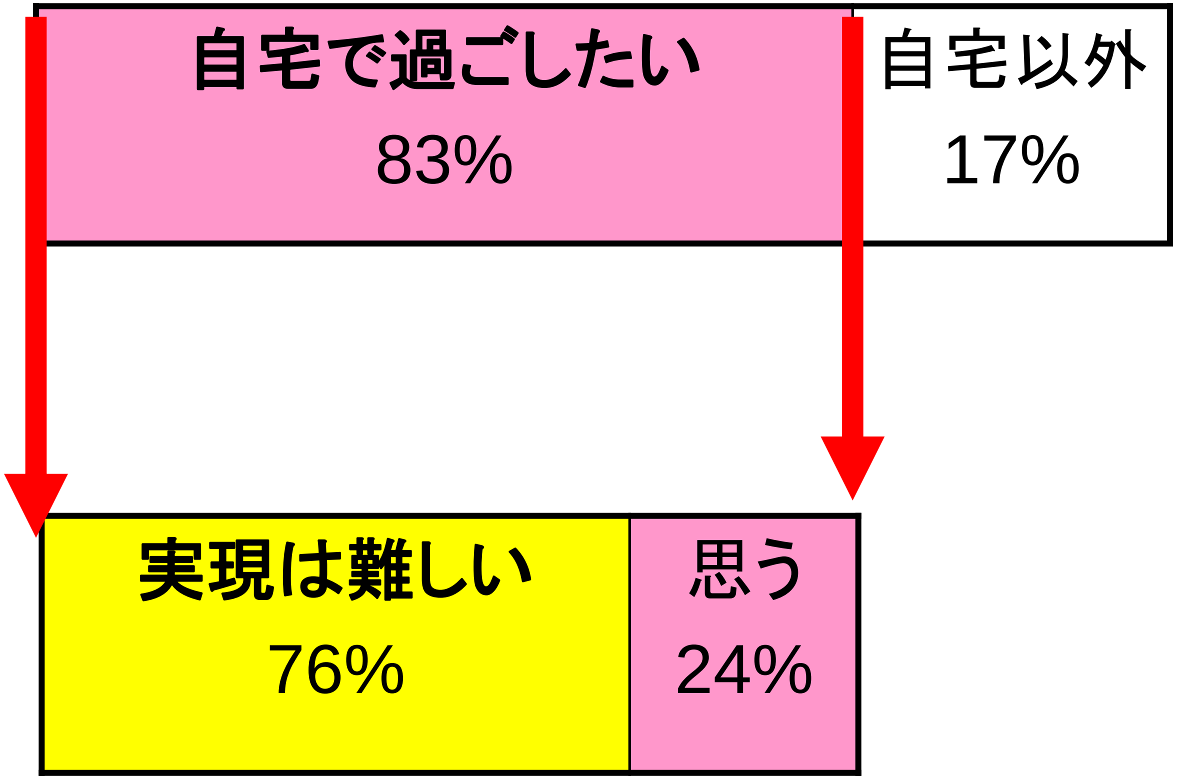
病院	１００万人？
自宅および施設	５０～７０万人？

療養場所に関する意向調査

～日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(H18)～

①どこで最期を過ごしたい ですか？

②最期まで自宅で過ごせると思いますか？



自宅で最期を過ごすために必要な条件は？　（複数回答）

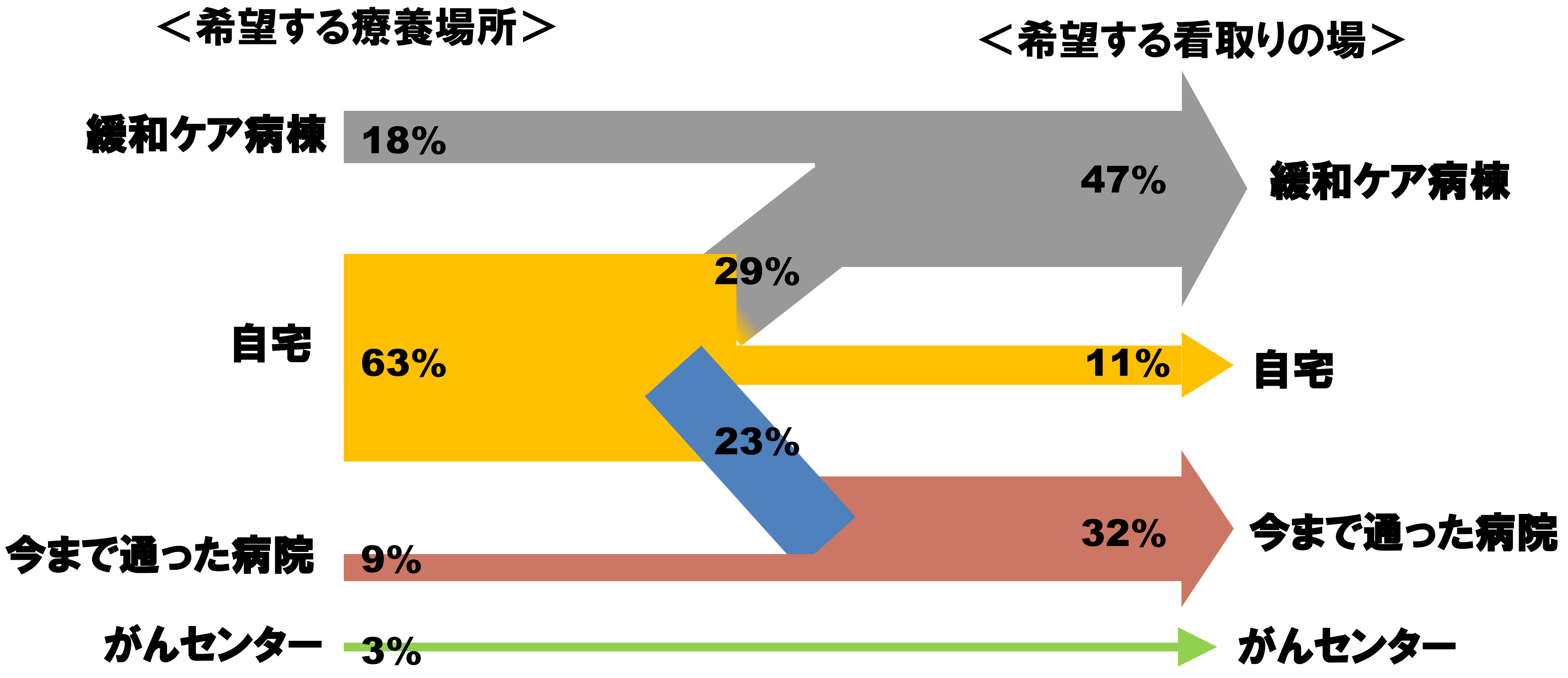
- 介護してくれる家族がいること　62.5%
- 家族に負担があまりかからないこと　48.2%
- 急変時の医療体制があること　43.3%
- 自宅に往診してくれる医師がいること　37.3%
- 家族の理解があること　32.3%

家族の支え

制度での支え
＋
地域での支え

希望する療養場所は変化する

「痛みを伴う末期状態（余命が半年以下）」の場合　　一般集団2,527人（2008年）



日本緩和医療学会PEACE プロジェクトスライドより

在宅医療は求められている？

長期療養する場所がなくなり、また終末期を迎える施設での療養が困難になっていく可能性がある。
選択肢として在宅医療・ケアが必要となってくる。

●超高齢社会の到来

●死亡者数の増加（がん死の増加）

●一般病床数の減少と在院日数の制限

●療養型病床の減少

日常生活動作に対する支援　ー在宅ケアー

・食事をおいしく食べる。
・気持ちよく排泄ができる。
・体を清潔に保つ。
・人々と交流を続ける。
・自分の役割を果たす。

このような日常生活をととのえる

支援が私たち看職の役割です。

在宅で行える治療・処置

最近では病院と同等の高度な医療・ケアが行えます。

栄養補助療法	末梢輸液、中心静脈栄養、胃瘻
呼吸補助療法	在宅酸素、在宅人工呼吸、 在宅陽圧呼吸
排泄補助療法	持続導尿、人工肛門
麻薬の投与経路の選択	経口薬、坐薬、貼布薬、 持続皮下注入

在宅で行える治療・処置

呼吸

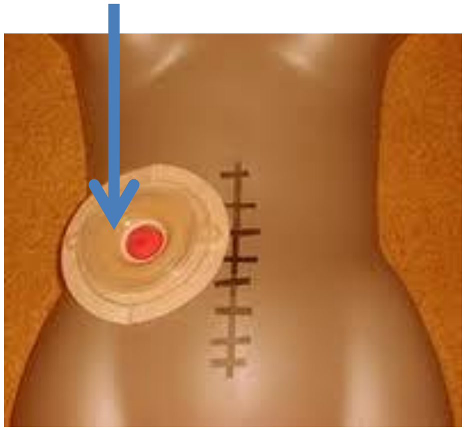
在宅酸素
酸素濃縮器

重量10-30kg

排泄

人工肛門

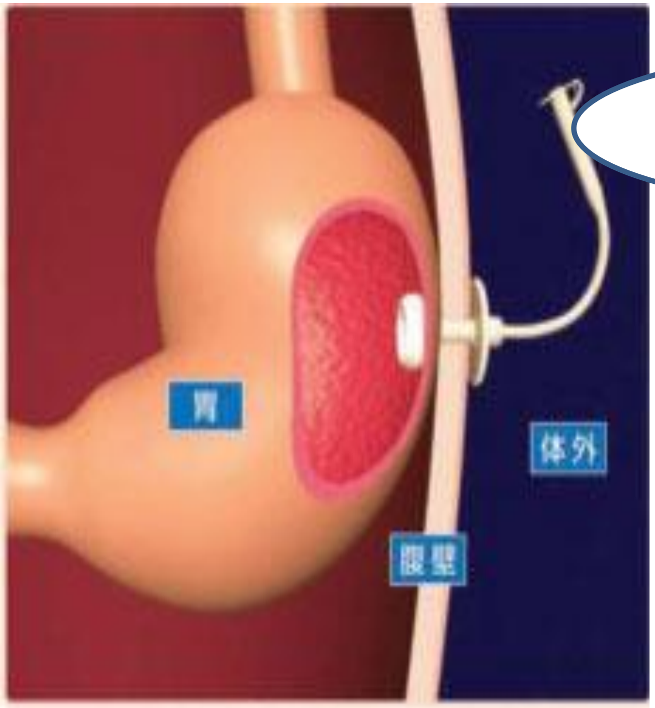
パウチ(装具)



在宅で行える治療･処置

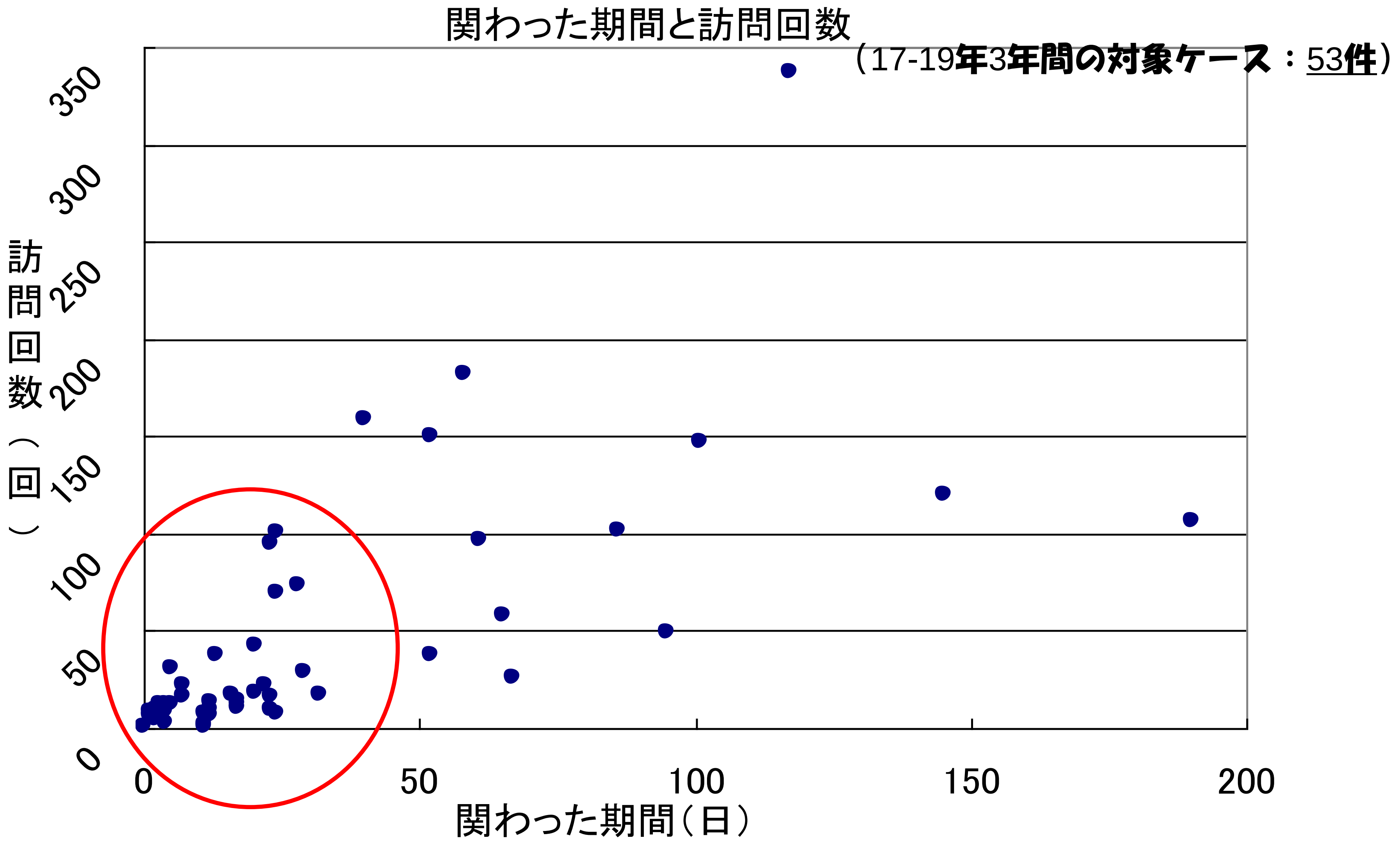
食事

胃　　瘻



本人の意志決定への
支援

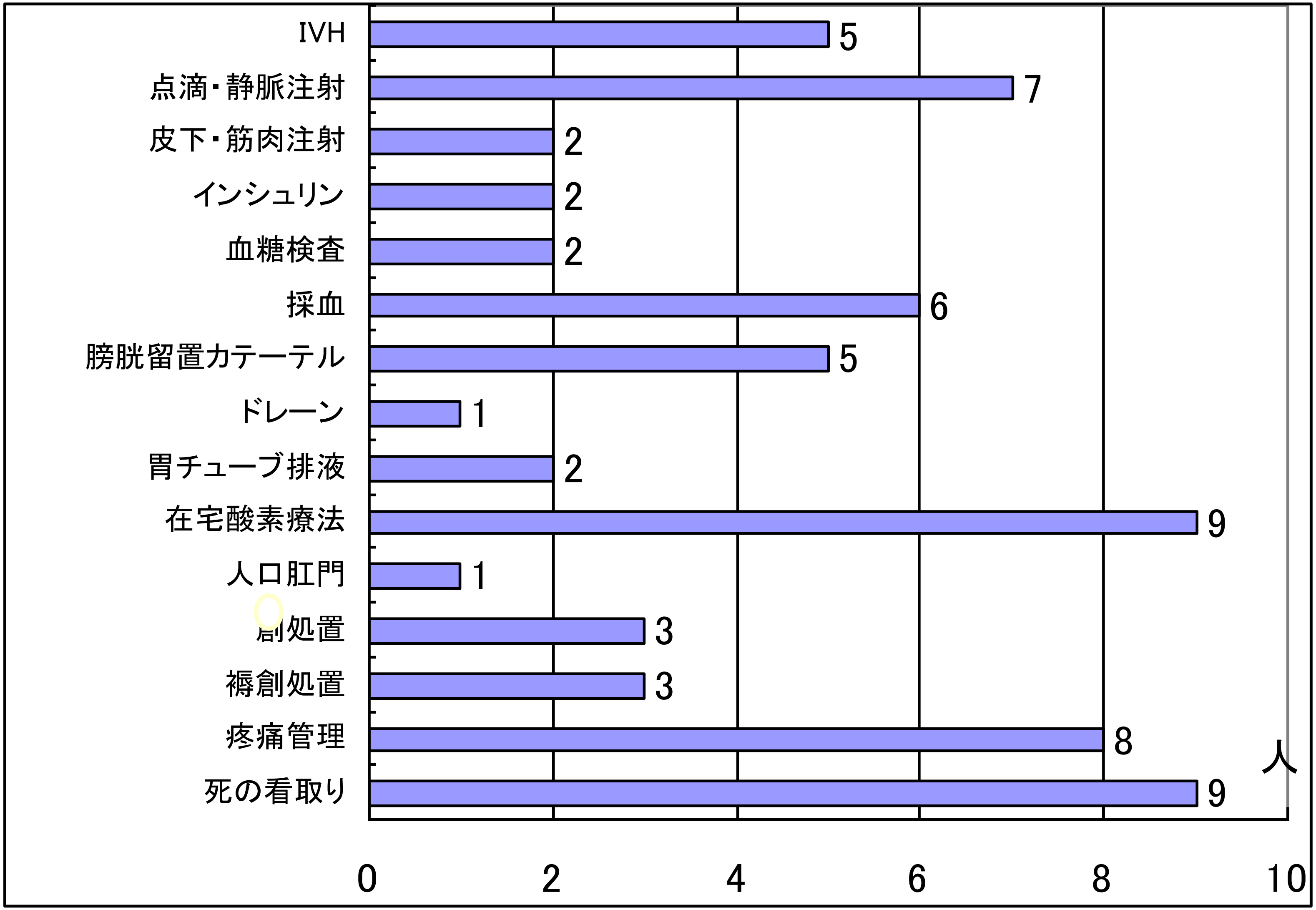
がん患者の在宅移行から看取りまでの期間と訪問回数



平成20年度福岡県地域在宅医療事業報告書

実施した医療処置

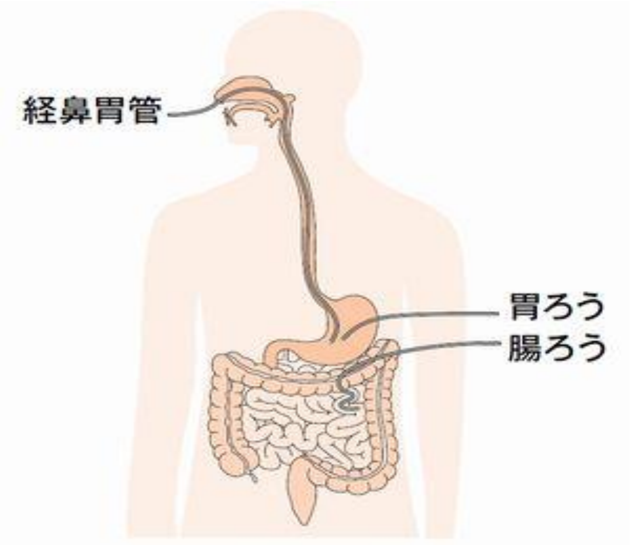
（n=13人中）



平成20年度福岡県地域在宅医療事業報告書

胃ろう造設　食事のあり方

全国の胃瘻造設者数　約26 万人（推計）

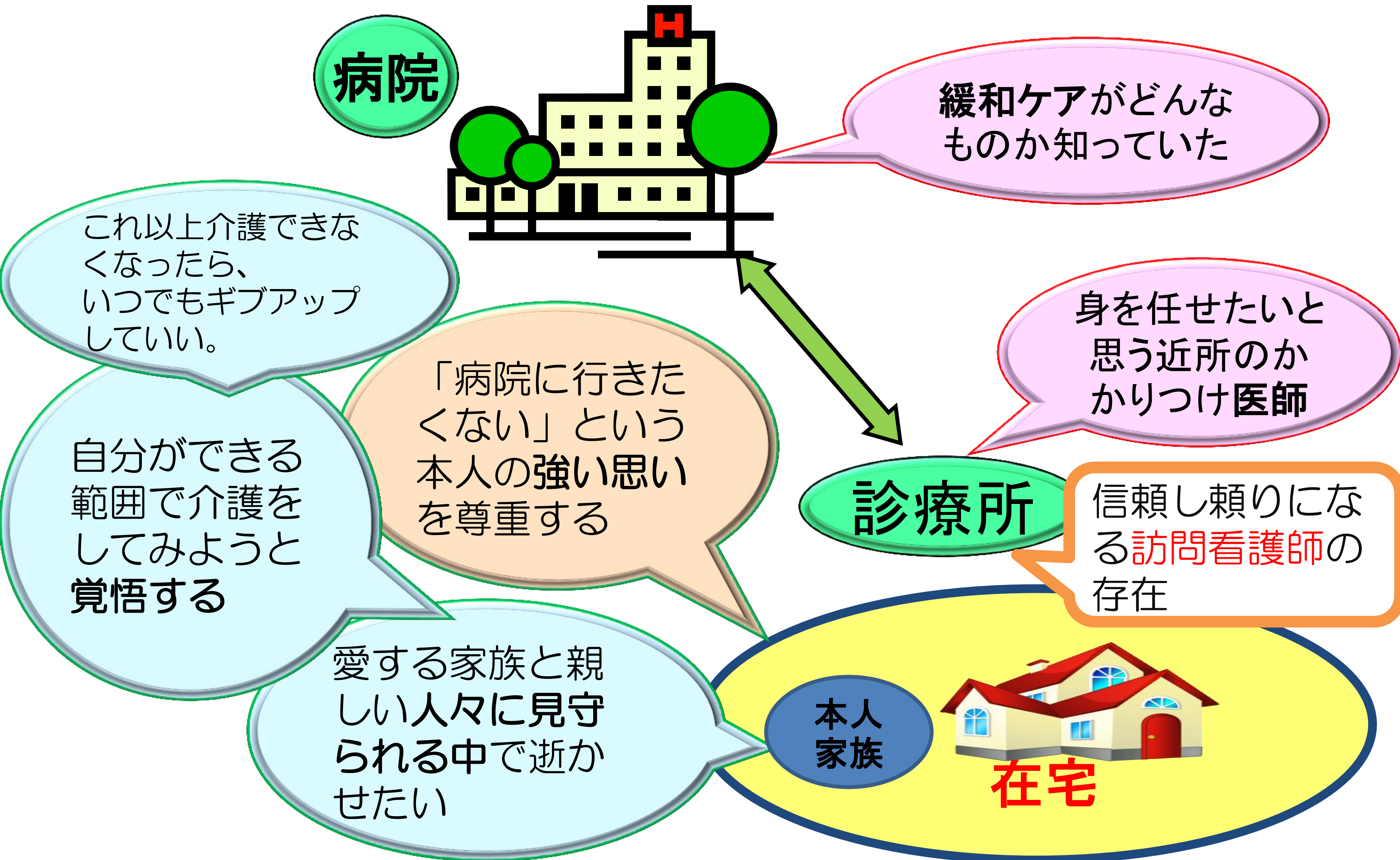


胃瘻造設者の**12%**が胃瘻造設後**5 年**超経過

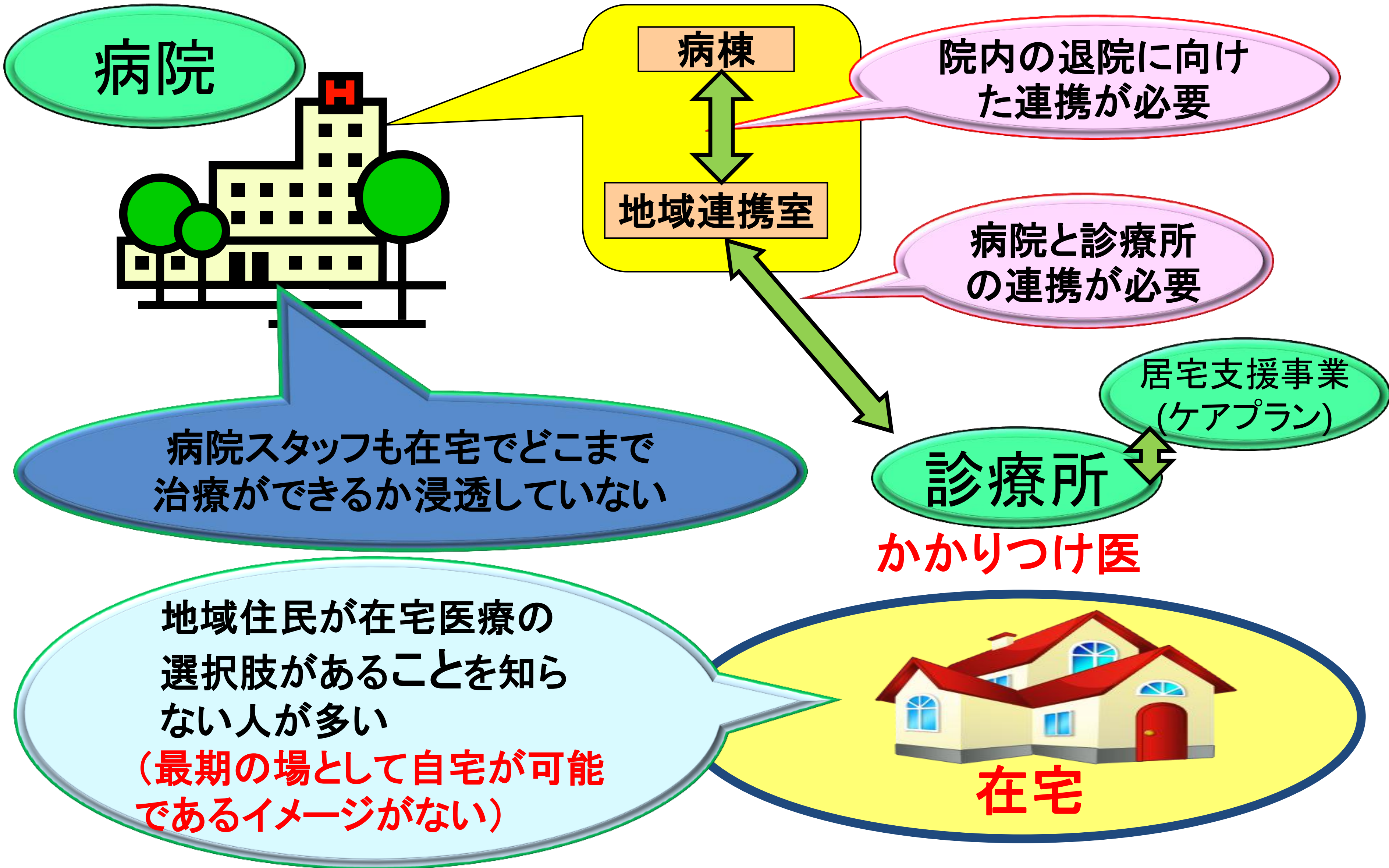
胃瘻は現時点でも広く普及しており、今後さらに増加していくことが予想される

平成22 年度老人保健健康増進等事業
「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究」
調査結果報告書　平成23 年 3 月31 日　社団法人 全日本病院協会

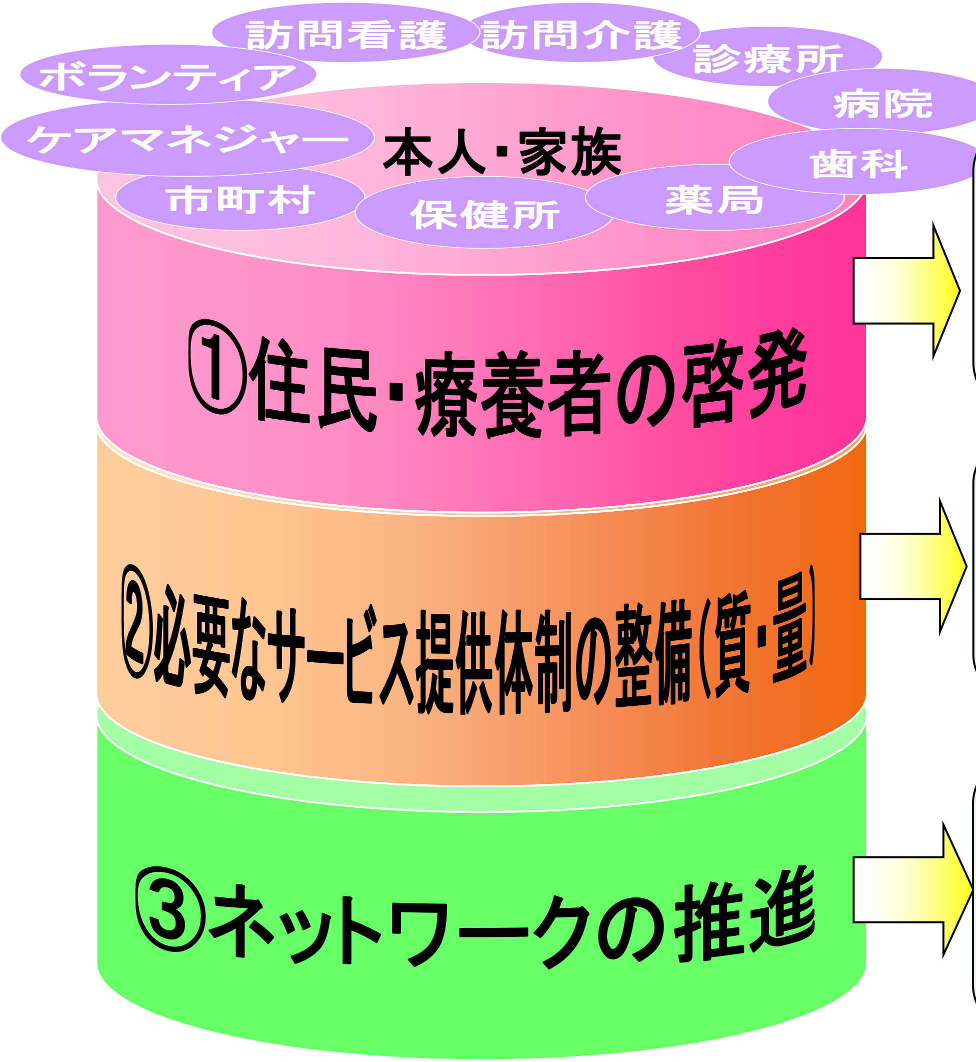
在宅で看とられた主介護者の方
インタビュー結果（　在宅導入　）



どの地域でも在宅療養を実現させるための課題



在宅での医療を受けられるようにするためには・・・



住民の関心は高く、研修効果あり。
地域リーダー等への効果的、計画的なアプローチが必要。

関係機関の力量が上がる支援。
サービスの質、過不足がないようにすることが不可欠。

関係機関が共通の目標に向かい、協働、相談できる増える。
地域ごとの連携格差の解消が課題。

元　東京大学大学院地域看護学研究室　助教　田口敦子先生　資料

福岡県では
在宅推進事業を行っています

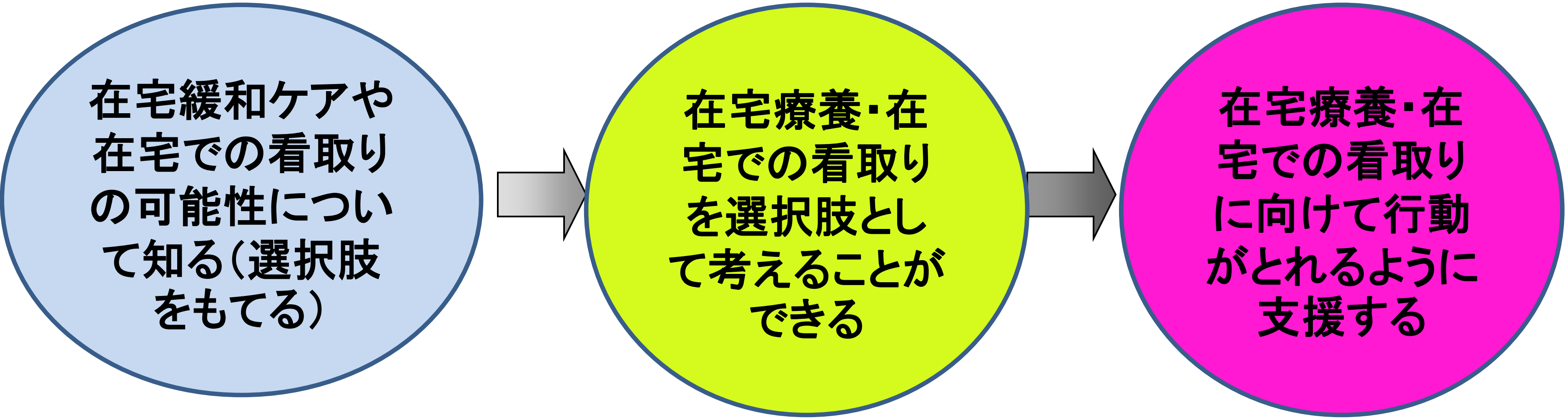
●がん患者・家族の方が「在宅医療」へのイメージをもてる。
●地域の医療機関等へ円滑につながるようにする。
（がん拠点病院～在宅へスムーズに移行できる）
●介護者の負担を減らすためのレスパイト入院の体制充実。
●希望する看取りの場所で最期まで過ごせる場をふやす。
（施設力量アップ）。

↓

住み慣れた地域での
在宅ケアネットワークの構築

地域住民の方々へ情報提供

- 入院中の患者さんは、症状がよくならないと自宅に帰れないと思っている
- 在宅支援センター（保健所）への相談は、「自宅に帰りたいが、どうすればいいかわからない」という
- 主訴はほとんどない（病院から退院を迫られている病院を探している等・・）



最期まで自分らしく

「住み慣れた場所で、楽しく食べることができる療養生活を送る」

在宅ケアの実現

→ 医療･ケア
＋ 生活支援サービス等福祉(制度)
＋ 安心して暮らせる住まい

↓

最期まで生き生きと「生きる」